

针头治疗该病,借鉴了针刀治疗的原理,针头斜面推割腱鞘为一定的面接触,切割连贯且松解充分。同时取材简便,医疗成本低,微创治疗,患者痛苦小,见效快,患者易接受。因该技术不是直视下操作,在病例选择上应选择Ⅲ级以上的患者,易于确定增生腱鞘,进针位置及进针深度需要一定的学习过程,掌握局部解剖结构十分重要。目前有学者在超声引导下使用针刀治疗该疾病^[12],安全性更高,在有条件的情况下也值得借鉴。综上所述,16 号注射针头治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是一种安全有效的微创治疗手段,费用低,疗效好,安全可靠,简便易行,值得基础医院推广应用。

参考文献

[1]罗涛,刘景.微创松解疗法治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎研究[J].中国骨伤,2013,26(5):438-440
[2]Quinnell RC.Conservative management of trigger finger [J].Practitioner,1980,224(1340):187-190
[3]吴鹏.狭窄性腱鞘炎的诊疗进展[J].湖北中医药大学学报,2013,15

(3):73-76
[4]张启锋,杨将,奚胜华.套管定位针刀微创治疗弹响指的疗效观察[J].中国骨伤,2016,29(7):648-650
[5]王颖燕,罗涛,李雄伟,等.推割刀治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎 71 例临床观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(30):3384-3385
[6]李瑞琦,张国平,李宜炯,等.自制式“镰刀状”小针刀微创治疗与开放手术治疗手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎疗效的对比研究[J].中国全科医学,2013,16(36):3611-3613
[7]章亚东,侯树勋,张铁超,等.内镜直视下微创外科技术治疗狭窄性腱鞘炎[J].中国矫形外科杂志,2006,14(19):1462-1464
[8]覃友.A1 滑车切除与切开治疗成人屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的疗效比较[J].广西医学,2015,37(4):559-560
[9]丘青中,吴桂,林伟锋,等.青少年手机病致手腕疼痛的诊断和综合治疗[J].中国骨伤,2006,19(8):489-490
[10]丁英奇,段永刚,李耀华,等.小针刀治疗腱鞘炎并发症临床分析[J].河北北方学院学报(医学版),2007,24(3):67-68
[11]欧阳洁.针刀治疗狭窄性腱鞘炎的解剖学安全性研究[D].广州:南方医科大学,2010
[12]翁科迪,张新根,石钢,等.彩超引导下小针刀治疗成人手指屈肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究[J].医学研究杂志,2016,45(6):111-114

(收稿日期: 2016-12-04)

腹腔镜诊治盆腔粘连性不孕患者的病因探析

谢凤玲

(广东省广州市白云区第三人民医院妇产科 广州 510545)

摘要:目的:分析腹腔镜诊治盆腔粘连性不孕患者的病因探析。方法:选取广州市白云区第三人民医院 2013 年 1 月~2016 年 1 月就诊的粘连性不孕 60 例患者作为分析对象,经腹腔镜下诊断均合并不同程度的盆腔粘连,按照生殖道支、衣原体感染、子宫内膜异位症、盆腔手术史及其他原因分成四组,分别对比盆腔粘连程度以及术后妊娠率。结果:盆腔粘连以支、衣原体感染的患者最多为 30 例(50.0%),其次为盆腔子宫内膜异位症 16 例(26.7%);多数患者均有中重度粘连(56.7%),支、衣原体感染多为轻度粘连(60.0%),子宫内膜异位症、盆腹腔手术史分别以中度(50.0%)、重度(50.0%)粘连居多;60 例患者手术后 1 年内妊娠率为 26.7%,其中轻度粘连 15 例(57.7%)与重度粘连妊娠率 1 例(10.0%)比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:盆腔粘连的不孕不育患者应尽快行腹腔镜检查,改善或彻底去除盆腔粘连等可能会危害不孕的原因,从而提高妊娠率。

关键词:不孕不育;盆腔粘连;腹腔镜;病因分析

中图分类号:R711.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.070

不孕症在我国高龄妇女中的发病率逐年递增,该病的发病原因比较多,临床报道认为盆腔粘连在不孕症的发生和发展中有着重要的角色,引起盆腔粘连的病因比较复杂。腹腔镜在女性不孕的诊断中采用越来越多,盆腔粘连程度对女性不孕治疗的影响很大。本文针对腹腔镜诊治盆腔粘连性不孕患者的病因进行分析,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取广州市白云区第三人民医院 2013 年 1 月~2016 年 1 月就诊的粘连性不孕 60 例患者作为分析对象,年龄最大 30 岁,最小 20 岁,平均年龄(25.2± 0.3)岁,结婚后未生育 1~9 年,平均(5.2± 1.3)年。所有患者均在治疗中确诊为不同程

度的盆腔粘连,且均完全符合 WHO 定制的相关标准。纳入标准:同居时间超过 1 年,并进行正常的性生活,无避孕措施而未怀孕者;输卵管造影结果正常,异常的主要原因目前并不清楚;月经完全正常;生殖器官未出现感染现象。排除标准:生殖器官有先天性异常者;免疫出现先天性缺陷者;子宫畸形不孕患者。将 60 例患者分成为支、衣原体感染、盆腔子宫内膜异位症、盆腹腔手术史,以及除去以上原因外均为其他。患者以及家属均同意采用腹腔镜治疗,并签署治疗知情书。

1.2 治疗方法 采用酶链反应技术,对不孕不育患者在手术前检测宫颈分泌物。做好手术前准备,在月经干净后 3~8 d 进行全麻醉腹腔镜检查,膀胱截

石位，行脐下开放口处横切 1 cm 长口进行穿刺，气腹状态下植入腹腔镜检查，对盆腔粘连严重的患者，进行钝性分离，尽可能保护患者子宫，并且将患者卵巢和输卵管解剖在正常位置。对粘连扭曲的输卵管进行相关检查以及复位处理，如闭锁或积水则采取伞端造口的方法恢复流畅。对合并子宫内膜异位症的患者给予病灶电凝气化处理，手术过程中采用生理盐水冲洗腹腔，冲洗后腹腔内留置甲硝唑注射液 200 ml。手术后专业门诊随访，对盆腔子宫内膜异位症患者手术后行常规皮下组织注射 3 个月。

1.3 盆腔粘连程度评定 粘连程度评分：疏松粘连为 1 分，中等粘连为 2 分，重度粘连为 3 分；盆腔粘连范围评分：2~5 cm 为 1 分，6~8 cm 为 2 分，9~10 cm 为 3 分；输卵管粘连评分：患者双侧输卵管无粘连为 0 分，单侧粘连为 1 分，双侧粘连为 2 分。总分 3~6 分归为轻度粘连者，8~9 分为中度粘连者，10~13 分为重度粘连者^[1]。

1.4 统计学分析 所有数据均采用 SPSS17.0 软件进行统计分析，计数资料以百分率(%)表示，行 χ^2 检验，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验和方差分析， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同病因导致的盆腔粘连及妊娠率 支、衣原体感染的患者最多为 30 例(50.0%)，盆腔子宫内膜异位症患者共有 16 例(26.7%)。见表 1。

表 1 不同病因导致的盆腔粘连及妊娠率比较[例(%)]

病因	盆腔粘连	1 年内妊娠
支、衣原体感染	30(50.0)*	5(16.7)
子宫内膜异位症	16(26.7)*	8(50.0)*
盆腹腔手术史	4(6.7)	1(25.0)
其他	10(16.7)	2(20.0)

注：与其他组比较，* $P<0.05$ 。

2.2 不同病因引发的盆腔粘连程度 多数患者均有中重度粘连(34 例/56.7%)，支、衣原体感染多为轻度粘连(18 例/60.0%)，子宫内膜异位症、盆腹腔手术史分别以中度(8 例/50.0%)、重度(2 例/50.0%)粘连居多，见表 2。60 例患者手术后 1 年内妊娠率为 26.7%，其中轻度粘连 15 例(57.7%)与重度粘连妊娠率 1 例(10.0%)比较，差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 不同病因引发的盆腔粘连程度比较[例(%)]

病因	n	轻度	中度	重度
支、衣原体感染	30	18(60.0)*	10(33.3)	2(6.7)
子宫内膜异位症	16	5(31.2)	8(50.0)*	3(18.7)
盆腹腔手术史	4	1(25.0)	1(25.0)	2(50.0)*
其他	10	2(20.0)	5(50.0)	3(30.0)

注：与其他组比较，* $P<0.05$ 。

3 讨论

不孕症是指有正常性生活，1 年未避孕而未受孕者。随着生存环境质量下降及社会、心理等各方面的原因，近年来其发病率有逐年升高的趋势。女性不孕病因复杂多样，生殖系统的任何一个部分出现异常均会影响受孕，因此女性不孕症的诊治较为复杂^[2]。

近年来，我国有很多临床手术随着腹腔镜的应用而取得了理想效果，因此腹腔镜技术也在不孕症临床得到了广泛认可^[3]。随着实验室检测技术的不断改进，沙眼衣原体、解脲支原体感染引起的盆腔粘连性不孕逐渐引起临床所重视。沙眼衣原体、解脲支原体感染主要是通过性传播引发，首发于宫颈，沿柱状上皮上行可引起子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎^[4]。炎性渗出物使子宫附件粘连于邻近组织而形成盆腔粘连，卵巢周围粘连后致排卵障碍，输卵管粘连、阻塞等，进而导致不孕^[5]。盆腔粘连是临床常见的妇科疾病，腹腔镜下有很多盆腔子宫内膜异位患者都属于轻度粘连，分离粘连剔除囊肿及采用电凝或激光汽化治疗肉眼可见的异位病灶后妊娠率在四组中最高，为 50.0%。吕艳芳^[6]研究发现，腹腔镜手术治疗盆腔粘连性不孕症临床效果明显，患者能够在短时间内恢复健康。林秀华等^[7]报道，将不同粘连程度患者的既往病史及妊娠结局情况进行分析结果显示，轻度、中度和重度粘连者均存在盆腔炎、盆腹腔手术史、流产史和宫腔操作等病史，不同粘连程度患者既往病史总发生率分别为 50.0%、61.1% 和 81.2%，轻度、中度粘连者总既往病史发生率均明显低于重度粘连者；且患者粘连程度与妊娠率具有明显的相关性。此外，轻、中度粘连患者自然宫内妊娠率、1 年内宫内妊娠率均显著高于重度粘连者。因此，及早发现内异症伴不孕的患者，应及时积极手术治疗。支、衣原体感染的患者最多为 30 例(50.0%)，其次为盆腔子宫内膜异位症 16 例(26.7%)；支、衣原体感染多为轻度粘连(60.0%)，子宫内膜异位症、盆腹腔手术史分别以中度(50.0%)、重度(50.0%)粘连居多；60 例患者手术后 1 年内妊娠率为 26.7%，其中轻度粘连 15 例(57.7%)与重度粘连妊娠率(10.0%)比较，差异具有统计学意义($P<0.05$)。

本研究结果显示，盆腔手术史以及其他原因出现不孕患者多数为中、重度粘连，支、衣原体感染所引发的盆腔粘连发生率较高，多为轻度粘连，且高达 60.0%，对患者的不孕不育影响较大，腹腔镜下分离粘连后患者的妊娠率会逐渐提升。其他各种不同的

复杂原因所引发的盆腔粘连的不孕不育患者应尽快行腹腔镜检查,改善或彻底去除盆腔粘连等可能会危害不孕的原因,可提升患者的妊娠率。

参考文献

[1]孙爱军,黄坚,周远征,等.子宫输卵管碘油造影和腹腔镜检查对盆腔粘连不孕诊治价值的探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2008,24(5):369-371
[2]郑铁梅,朱红梅.腹腔镜在 42 例盆腔粘连伴输卵管不孕患者诊治中的应用[J].中国现代药物应用,2013,7(20):40-41

[3]胡春秀,陈亚琼,侯海燕,等.输卵管妊娠保守手术后不孕患者再手术情况分析[J].中华医学杂志,2014,94(11):848-851
[4]乔丽.盆腔粘连细化评分在腹腔镜诊治粘连性不孕患者中的应用[D].济南:山东大学,2011
[5]李宇彬,吴艳欣,麦庆云,等.不孕病史与腹腔镜下盆腔病变诊断关联性分析[J].中山大学学报(医学科学版),2011,32(6):812-817
[6]吕艳芳.腹腔镜手术治疗盆腔粘连性不孕症的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2016,10(10):56-57
[7]林秀华,庄春霞,曾萍,等.盆腔粘连细化评分在腹腔镜诊治粘连性不孕患者中的应用[J].中国医药导报,2014,11(26):131-133

(收稿日期: 2016-10-15)

中西医结合治疗异位妊娠疗效观察

张丰梅

(江苏省盐城市滨海县妇幼保健和计划生育指导所 滨海 224500)

摘要:目的:探讨应用中西医结合治疗异位妊娠的效果。方法:选择在我院妇产科接受治疗的 88 例异位妊娠患者进行研究,随机分为对照组与观察组,每组 44 例。对照组患者应用甲氨蝶呤和米非司酮进行常规西医保守治疗,观察组患者在对照组基础上增加中药治疗。比较两组患者治疗成功率、患侧输卵管造影通畅率、包块消失时间、血 β -HCG 值恢复正常时间以及药物毒副反应发生率。结果:观察组治疗成功率和患侧输卵管造影通畅率明显高于对照组($P<0.05$),包块消失和血 β -HCG 值恢复正常水平所用时间明显短于对照组($P<0.05$),药物毒副反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗异位妊娠的临床效果显著,可明显提高治疗的成功率,同时中药能有效减轻西药治疗的毒副反应,是一种安全有效的治疗方式,值得临床推广应用。

关键词:异位妊娠;妇产科;中西医结合疗法

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.071

异位妊娠已经成为妇产科临床常见的急腹症之一,其发病率逐年升高,如果不及时采取有效措施进行治疗,有可能出现不孕的后果,严重影响患者的身心健康和家庭幸福。异位妊娠临床上多采取传统手术治疗以避免患者发生死亡的危险,但手术治疗会对输卵管造成损伤,甚至需要对其进行切除,无法满足患者的生育要求,因此其临床应用受到越来越大的限制^[1]。近年来,以甲氨蝶呤、米司非酮等杀胚药物为代表的西医传统治疗方式逐渐获得临床的认可,尤其是两种药物联合应用对于异位妊娠的治疗效果确切,但存在治疗时间长以及药物毒副反应严重的问题^[2]。因此,探寻更为安全和有效的治疗方法具有重要意义。本研究对中西医结合治疗异位妊娠的效果进行观察和分析,从而为临床选择更为可靠和安全的治疗方法提供依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1 月~2016 年 6 月在我院妇产科接受治疗的 88 例异位妊娠患者进行研究,均经血 β -HCG 测定、尿 HCG 检查和 B 超检查确诊,随机分为对照组与观察组,每组 44 例。对照组患者年龄 20~41 岁,平均(28.2 $\pm$ 3.7)岁;停经时间 20~62 d,平均 (38.4 $\pm$ 9.1) d;腹部包块直径

2.3~4.0 cm,平均(2.6 $\pm$ 0.8) cm;初次妊娠者 21 例。观察组患者年龄 19~38 岁,平均(26.9 $\pm$ 4.2)岁;停经时间 23~57 d,平均(39.3 $\pm$ 8.7) d;腹部包块直径 2.5~3.9 cm,平均(2.5 $\pm$ 0.9) cm;初次妊娠者 25 例。两组患者年龄、停经时间、腹部包块直径等一般资料比较,无明显差异($P>0.05$)。

1.2 纳入和排除标准 (1)经阴道彩超、血 β -HCG 检测等确诊者;(2)腹部包块直径在 4 cm 以下,血 β -HCG 在 2 000 IU/L 以下且无明显内出血者,可进行常规保守治疗;(3)治疗前未服用过本研究中应用的药物者,且未接受过持续性保守治疗者;(4)对本研究中应用药物无过敏者;(5)全身情况良好;(6)获得患者及家属同意。排除患有子宫发育异常、子宫肌瘤以及恶性肿瘤患者。

1.3 治疗方法 对照组患者接受常规保守西医治疗:甲氨蝶呤肌肉注射,40 mg/次,1 次/d,连续应用 5 d;米非司酮口服,50 mg/次,2 次/d,连续应用 5 d。观察组患者在对照组治疗基础上联合应用中药方剂治疗,组方:红藤 30 g、丹参 30 g、蜈蚣 2 条、莪术 15 g、三棱 15 g、当归 15 g、土元 10 g、天花粉 30 g、川牛膝 15 g、红花 12 g、威灵仙 30 g、桃仁 15 g、甘草 6 g、夏枯草 25 g、皂刺 15 g、山甲 8 g(打碎),1 剂